DEC 2 8 1967

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0153

1898

Lane Medical Library

Ueber

Lymphangioma colli

nebst

einem differential-diagnostischen Beitrag.

Jnaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde.

Der hohen medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

im Juli 1898

vorgelegt

von

Paul Sala

aus

Altenburg i. S.

Mit 2 Lichtdruckbildern.

BONN.
Druck von Karl Drobnig,
1898.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Noch bis vor wenigen Dezennien war über die Cystengeschwülste des Halses, die Lymphangiomata cystica colli ein ungeklärtes Dunkel gehüllt. Wohl waren schon hier und da Vermuthungen aufgetaucht, dass es sich um eine Erweiterung der Lymphgefässe handeln könnte, ohne dass jedoch der anatomische Nachweis gelungen wäre. Köster blieb es vorbehalten, den Schleier zu lüften. In dem von ihm untersuchten Falle fand er, dass sämtliche Hohlräume und Canäle der Geschwulst mit einem dem Endothal der Lymphgefässe analogen Ueberzuge bekleidet waren, und dass ein direkter Zusammenhang des Tumors mit dem Lymphraume der Lymphdrüsen bestand. Er kam somit zu dem richtigen Schlusse: „Die Cystenräume des Hygroma colli entstehen durch eine Erweiterung der Lymphgefässe“ und nannte diese Geschwulst deshalb: Lymphangiectasia congenita. Diese Untersuchung Kösters bestätigt Winiwarter an der Hand eines von ihm untersuchten Falles von Hygroma colli, verbunden mit Macrogloessie.

Dann folgte 1877 die verdienstvolle Arbeit Wege-

ners, in der er die Lymphangiome in 3 Abteilungen teilt und ein Lymphangioma simplex

„ „ cavernosum und

„ „ cystoides

unterscheidet. Zur ersten Gruppe zählt er die Geschwulst, „welche sich im Wesentlichen zusammensetzt aus Lymphräumen und Lymphgefässen capillaren und grössern Kalibers, die in der Regel zu einem anastomosierenden Netzwerke angeordnet sind."

Cavernös nennt er das Lymphangiom, wenn es aus einem Balkenwerk von Bindegewebe mit grösstentheils macroskopisch sichtbaren mannigfach gestalteten und vielfach mit einander communizierenden Hohlräumen, die Lymphe enthalten, besteht.

Die cystoiden Lymphangiome endlich sind Geschwulste, die bei der makroskopischen Untersuchung auf den ersten Blick wie ein Convolut von kleineren oder grösseren Blasen oder mit durchscheinendem Inhalte gefüllter mehr oder weniger lose mit einander verbundener Cysten erscheinen.

Als Hauptrepräsententen dieser letzten Gruppe nennt er das congenitale Cystenhygrom des Halses und betont dabei, indem er selbst einen Fall veröffentlicht, dass cavernöse und cystoide Mischformen gerade bei der letztgenannten Erkrankung nicht selten seien.

Es sei mir gestattet, auf diesen erwähnten Fall mit einigen Worten einzugehen, da derselbe mit einem

der mir vorliegenden in gewisser Beziehung Aehnlichkeiten aufweist.

Es handelt sich um einen 25jährigen Arbeiter, der vor 2 Jahren plötzlich beim Baden in der Reg. supraclavicularis sinistra eine früher nie bemerkte Geschwulst bekam, die langsam wuchs, ohne spontan schmerzhaft zu sein. Sie ist von Orangengrösse, flach und wenig scharf umschrieben. Bei der vorgenommenen Extirpation zeigte sich eine enge Verwachsung des Tumors mit der Vena jug. comm. und der Subclav. sin. Auf dem Durchschnitt sah man ein weissliches Strickwerk, welches zahlreiche nach dem Auslaufen von milchiger Flüssigkeit collabierte Höhlungen, Spalten und Gänge enthielt.

Da Wegener über den Entwicklungsmodus dieses Lymphangioms etwas genaueres nicht eruieren konnte, lässt er die Frage offen, ob dasselbe aus den präexistierten Lymphgefässen oder auf heteroplastischem Wege aus dem Binde- und Fettgewebe hervorgegangen sei.

Die ätiologische Frage betreffend nimmt Wegener überhaupt drei Modi an.

1) eine durch Stauung hervorgerufene, langsame Dilatation ursprünglich vorhandener Lymphbahnen mit Neubildung von Wandungselementen, also Ectasie und Hyperplasie. Er meint, dass diese Stauung durch Verschluss der in Frage kommenden Lymphstämme entstände, welcher entweder durch ein vitium primae formationis, oder durch Thrombose oder durch Compression

und Verlegung infolge lokaler entzündlicher und vernarbender Prozesse hervorgerufen worden sei.

Für eine Reihe von Fällen nimmt er einen anderen Entwicklungsmodus an, die homoplastische Neoplasie: „es entsteht eine aktive Proliferation der Lymphgefässendothelien; aus ihnen bilden sich solide Zellenmassen, die zwischen sich Hohlräume entstehen lassen, und indem sie sich in praeexistierende Lymphgefässe öffnen, zu neuen wirklichen Lymphgefässen werden.

Als dritten Modus nennt er die heteroplastische Neoplasie; aus bindegewebiger Matrix entsteht ein Granulationsgewebe und durch sekundäre Umwandlung desselben auf indirektem Wege neue lymphführende Räume.

Für diesen letzten Entwicklungsmodus waren schon vorher Virchow, Billroth und Winiwarter eingetreten.

Mit dieser Frage der Aetiologie haben sich verschiedene Autoren befasst, deren Untersuchungen teilweise andere oder doch wenigstens nicht alle von Wegener aufgestellten Modi annehmen lassen. Gegen die Entstehung durch Ectasie und Hyperplasie in Folge von Stauung wendet sich Langhans. Er schliesst dieselbe überhaupt vollkommen aus und glaubt die Ursache dieser Veränderungen in abnorme Wachstumsverhältnisse der Gewebe verlegen zu müssen.

Auf der anderen Seite glaubt zur Nieden sich berechtigt, für einen von ihm beschriebenen Fall Stauung

annehmen zu dürfen; dagegen ist er der Ansicht, dass die cavernösen Formen als neugebildete Lymphgefässe anzusprechen wären und dass für die Entstehung der Cystenhygrome eine Rückstauung als Ursache kaum denkbar sei. Während Middeldorpf sich für Verlegung eines abführenden Lymphgefässes ausspricht, die mit Neubildung von bindegewebigen Elementen von Seiten der praeexistierenden Lymphgefässe einhergehe, meint Rindfleisch, dass die bei den cavernösen Angiomen sich bildenden Hohlräume durch Schrumpfung des umgebenden Bindegewebes entständen. Nach ihm sind die Lymphangiome Bindegewebsgeschwülste, ganz gleichwertig den Fibromen. Die Erweiterung und Neubildung der Lymphgefässe ist sekundär

In gleicher Weise soll sich Ostertag, Dissertation Würzburg, 1884, ausgesprochen haben, dessen Arbeit mir leider nicht zugänglich war. Birch-Hirschfeld meint, dass man nur dann von Lymphangiomen sprechen dürfe, wenn dieselben aus erweiterten Lymphgefässen, die an dieser Stelle vorher nicht präformiert waren, entstanden seien.

Die oben angeführte Ansicht von Langhans, welche Esmarch und Kulenkampff vertreten, teilt auch Sultan. Nasse nimmt für die Mehrzahl der wahren Lymphangiome embryonale Entwicklungsstörungen an. Bei den cystoiden Formen derselben findet nach ihm vielleicht stets nur eine Defektbildung resp. Abschnürung von Lymphgefässabschnitten mit nachfolgender

Ectasie und Hyperplasie der Wandungen statt. Bei den übrigen Formen teilt er die Ansicht von Langhans. Diesen Ausführungen Nasse's schliessen sich alle neueren Forscher im Wesentlichen an.

Durch die gütige Erlaubnis des Herrn Geh. Med. Rat Schede bin ich in der Lage, zwei Fälle von Lymphangioma colli hier anzuführen, die beide in Bonn operiert wurden, der eine im Hospital zum hl. Johannes, der andere in der chirurgischen Universitätsklinik.

I. Fall.

Werhahn Johanna, 27 Jahre alt, wurde am 29. IV. 98 im Johanneshospital aufgenommen. Anamnese: Die Eltern wollen, als das Kind 6 Wochen alt war, bemerkt haben, dass die rechte Backe etwas dicker sei als die linke. In dieser leichten Anschwellung sollen deutlich 2 kleine Knötchen sich gezeigt haben. 6 Wochen später bekam das Kind den Keuchhusten, während dessen die Geschwulst sich verloren haben soll. Im Alter von 10 Monaten zahnte das Kind und zugleich soll die alte Geschwulst wieder hervorgetreten sein. Seitdem sei sie stationär geblieben bis vor 14 Tagen, wo sie sehr schnell grösser geworden sei und sich härter angefühlt haben soll. Das Kind war stets blass, sonst aber munter. Die Eltern sind gesund und haben nie eine derartige Geschwulst gehabt.

Status praesens: Hühnereigrosser Tumor der rechten Unterkiefergegend vom vorderen Rand des musc. sterno-cleido-mastoideus etwa 6 cm. nach vorn. Derselbe überragt den Unterkiefer mit der oberen Spitze etwas nach oben. Nach unten reicht er bis etwa einen Finger breit oberhalb der Clavicula. Er ist etwas verschieblich, aber nicht vollkommen circumscript und mit der Haut nur lose verbunden, von weicher Consistenz, mit undeutlichem Fluktuationsgefühl. Die Haut ist darüber normal.

Operation: Längsschnitt über den Tumor. Praeparando in die Tiefe gehend, eröffnet das Messer bald

den letzteren; es entleert sich eine geringe Menge lymphatischer Flüssigkeit; bald zeigte es sich, dass der Tumor eine multiloculäre Cyste mit lymphoidem Inhalt ist, also ein Lymphangiom. Die Ausspülung gelingt mit einiger Mühe, da stets neue Lymphräume eröffnet werden und der Tumor sehr dicht an die Haut und an die vena jugularis heranreicht.

Glasdrain in die unteren Wundewinkel, Auspudern mit Airol, dann Naht und Verband. Glatte Heilung per primam intentionem. Nachher zeigt sich ein Herabhängen des rechten Mundwinkels infolge Läsion eines Facialisastes. Dieselbe ging schon in den ersten Tagen nach der Operation zurück.

Der macroscop: Befund zeigt einen eigrossen Tumor, der auf dem Durchschnitt ein Convolut von bis haselnussgrossen Hohlräumen aufweist, die vielfach mit einander communizieren. In ihnen befindet sich eine reiche Menge lymphatischer Flüssigkeit, nach deren Ausfluss der Tumor teilweise collabiert. Nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Färbung mit Haematoxilin-Eosin zeigt die mikroskopische Untersuchung, (s. Fig. 1) dass der Tumor von maschigem Fettgewebe umgeben ist, welches in reichlich vorhandenes Bindegewebe übergeht. Dasselbe ist unregelmässig, netzartig angeordnet, zwischen sich grössere und kleinere Hohlräume lassend. Die zwischen den einzelnen Cavernen vorhandenen Bindegewebsstränge sind von verschiedener Dicke, von grossen, breiten

Bündeln bis zu äusserst schmalen und dünnen Streifen. An einigen Stellen ist die Verbindung der letzteren mit der gegenüberliegenden Wandung gelöst und so springen diese landzungenartig in die Hohlräume vor. Zwischen den bindegewebigen Zügen finden sich unregelmässig verteilt, Querschnitte von Kapillaren verschiedenen Kalibers. An einigen Stellen sind diese äusserst zahlreich und dicht gedrängt angeordnet. Zweifellos waren einzelne unter ihnen sofort an ihrer Struktur nnd an den in ihnen befindlichen Blutkörperchen als Blut-Gefässkapillaren anzusprechen. Eine genauere Untersuchung ergab jedoch ohne Frage ein Vorwiegen der Lymphgefässkapillaren, die das bindegewebige Netzwerk durchzogen. Die durch dieses Netzwerk gebildeten Hohlräume waren, was überhaupt die Diagnose des Lymphangioms sicherte, von einem einschichtigen Endothel überzogen, dessen Kerne meist deutlich in das Lumen der Caverne vorsprangen. An manchen Stellen war dasselbe allerdings verloren gegangen, ganz vereinzelt war es mehrschichtig. Es handelt sich also in diesem Falle zweifellos um ein Lymphangiom.

Wollen wir dasselbe in eine der drei Wegnerschen Gruppen einstellen, so verlohnt sich eine genauere makroskopische Untersuchung. Wie schon eben kurz erwähnt, bestand der Tumor aus einem Convolut von Hohlräumen kleinerer und grösserer Art. Dieselben wurden teils durch Blasen und Bläschen, teils durch

ein Balkenwerk gebildet. Dieses Balkenwerk, welches übrigens verwog, varierte an Dicke und zeigte bis zu Streichholzumfang starke Formen. Wir haben hier demnach eine Vereinigung der beiden letzteren Gruppen Wegeners vor uns, einen Uebergang der cavernösen in die cystoide Form, wie ihn der genannte Verfasser durchaus nicht in Abrede stellt.

Schwieriger gestaltet sich die Beurteilung des zweiten Falles, bei welchem ebenfalls die Diagnose auf Lymphangiom und zwar auf Haematolymphangioma gestellt worden war. Schon Wegener macht auf die Möglichkeit einer Verwachsung des Lymphangioms mit einem benachbarten Gefäss, wodurch es auch zu Blutungen in das Lymphangiom kommen kann, aufmerksam, eine Beobachtung, die andere Autoren bestätigen. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend war die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt worden.

Es handelte sich um eine junge Frau Büchler Maria aus Eichen, wohnhaft in Niedergrützenbach, die am 8. IV. 98 in der hiesigen chirugischen Klinik aufgenommen wurde.

Anamnese: Dieselbe giebt an, vor 14 Tagen sei bei starker Anstrengung plötzlich eine Geschwulst in der linken fossa supraclavicularis aufgetreten. Vorher will sie nie etwas davon bemerkt haben. Am 2. Tage wurde die Geschwulst vom Arzt incidiert, worauf sich reichlich schwarzes Blut entleerte. Allmählich trat der Tumor jedoch in der alten Grösse wieder auf. Die Frau ist seit 7 Wochen gravid.

Status praesens: In der linken fassa supraclavicularis befindet sich ein eigrosser Tumor. Derselbe reicht bis zum musc. sternocleidomastoideus, liegt ziemlich dicht über der clavicula und reicht hinauf bis zum Schildknorfel. Er ist deutlich fluktuierend. Die

Haut ist darüber verschieblich ; auch gegen die clavicula ist er frei beweglich.

Therap: Operation. Am 9. V. 98 wurde in Chloroformnarcose die Geschwulst extirpiert. Sie erweist sich als dünnwandige, mit geronnenem Blut gefüllte Cyste. Die vena jugularis ist mit der Wand derselben verwachsen. Sie wird reseciert. Das periphere Ende blutet nicht. Patientin wird am 9. V. als geheilt mit Verband entlassen.

Der makroskopische Befund zeigt einen über eigrossen Tumor von gleichmässig glatter und fast runder Form. Nach der Incision entleert sich eine beträchtliche Menge von cruor. Die innere Wandung der Cyste ist wenig uneben. Eine Communikationsstelle der Geschwulst mit der vena jugul. ist makroscopisch nicht zu entdecken.

Obwohl die Frau angiebt, nie früher etwas von einer Geschwulst bemerkt zu haben, so glaubte mein verehrter Lehrer, Herr Geheimer Rat Schede, von der wohlberechtigten Ansicht ausgehend, dass bei den Leuten der arbeitenden Klasse, zu der Patientin zählte, geringere Anschwellungen weniger Beachtung fänden, die vorherige Existenz eines Tumors annehmen zu müssen, da sich sonst keine Erklärung für eine plötzlich entstandene Geschwulst mit einer ziemlich dicken Wandung, wie sie die Geschwulst aufwies, gefunden hätte. Er nahm also an, dass es sich hier um ein tiefer liegendes Lymphangiom gehandelt habe, welches